

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวเนียง บุญเพ็ชร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5320901079241	ที่อยู่ 53 ม.2 ต. กุ๊กหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 27 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2478 (อายุ 86 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 3,500 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การผลิตตกหลั้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและความคิดเชื่องระบบทาง เดินหายใจ ภายใน 30 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ [ญาติ/ผู้ป่วย]	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
นายพิเชษฐ์ ดินทอง
[.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นาย พิภุ ด้ดอ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900781141	ที่อยู่ อ. ศิขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 10 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2482 (อายุ 82 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 3,500 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทาง เดินหายใจ ภายใน 30 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทิอยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
 นายพิเชษฐ์ ดินทอง
 [.....พญาบาลวิชัยฯ-ชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....
อปท.
 [.....]

ลงชื่อ.....
เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางมะลิ รัมพณีนิล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900092914	ที่อยู่ อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 31 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2489 (อายุ 75 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 3,500 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การผลิตตกหล่น - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทาง เดินหายใจ ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
นายพิเชษฐ์ ดินทอง
[.....พยาบาลวิชาชีพ-ชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางล้อม กำลังหาญ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900100909	ที่อยู่ 14/3 ,ม.2 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 07 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2507 (อายุ 57 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบบริการเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบบริการเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 3,500 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลึงมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทาง เดินหายใจ ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - มีอาชีพ มีรายได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
นายพิเชษฐ ดินทอง
[..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....
[.....].....อปท.

ลงชื่อ.....
[.....].....เจ้าหน้าที่การเงิน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเคสค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางบุญจันทร์ กำแพงใหญ่ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5320900012372	ที่อยู่ 86 ม. 14 ต.กุดหวาย อ. สีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 27 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2481 (อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,500 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ ไม่สามารถเดินได้ด้วยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ
ชื่อควรวางในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
- การกินอาหาร/ถ่ายอุจจาระ - การผลิตตกหลั่ง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทาง เดินหายใจ ภายใน 30 วัน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - พันฟูสมรรถนะของข้อและกล้ามเนื้อเนื้อให้คงสภาพวัยที่ ขึ้น ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ ตัวเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทนอายุเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การทราบดีถึงและขอความช่วยเหลือในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... นายพิเชษฐ์ ดินทอง..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ..... อปท.

(..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....)

(.....)

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดแยกค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางชม รัตสิทธิ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3331000664408	ที่อยู่ 58 ม.14 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 07 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2478 (อายุ 88 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,500 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตา (eyes) - หู (ears) - ท้อง (stomach) <p>สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย การเสียดุลเกลือ - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>เป้าหมายการดูแล</p> <p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 30 วัน - ได้รับดูแลและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 30 วัน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 30 วัน - ชะเม็นและวัดการกลืน ภายใน 15 วัน - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 15 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 15 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำ ตัวเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 15 วัน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า 	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
 นายพิเชษฐ์ ดินทอง
 [.....พยานจตุรวิชาวชิพ. ช่างเทคนิค.....]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราค่าเช่าเตียง/ค่าบริการ เหมาราย/ราย/ปี]

ชื่อ นายเที่ยง รัตสิทธิ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3331000664793	ที่อยู่ 58 ม.14 ต.กุดหวาย อ. สีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 07 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2480 (อายุ 84 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C3 ชื่อผู้ดูแล/ผู้บริการเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,500 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - ามูก (gogo) - ช่องปาก (oral) - สะโพก (hip) สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
ข้อควรระวังในการให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม การรับประทานยา/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - อุบัติเหตุ เช่น ไรไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ควันไฟ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 25 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 25 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 25 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 15 วัน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 15 วัน - ประสบ พบพบพบพบ ภายในพื้นที่ ภายใน 15 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 15 วัน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ 	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
 นายพิเชษฐ์ ดินทอง
 [..... พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการเหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางปราภว พรหมมาศ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900095883	ที่อยู่ อ. ศรีภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2483 (อายุ 81 ปี)	วินิจฉัย : ADL=6, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,500 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สลักอาหาร - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 30 เดือน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 เดือน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 เดือน - พื้นฟูภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 3 เดือน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	- การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
 นายพิเชษฐ์ ดินทอง
 (.....พฤษภาคม ๖๖.....)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว ชื่นชม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900096162	ที่อยู่ 153 ม.1 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 08 เดือน มกราคม พ.ศ. 2507 (อายุ 57 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,500 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - ท้อง (stomach) - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - หู (ears) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การผลิตตกหล่น - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตกร - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 15 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 15 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 15 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 15 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ มีรายได้	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นายพิเชษฐ์ ดินทอง
 [.....พญาขจรดิษฐ์ฯ.....]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการให้บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเอี่ยม บุญสอน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900093341	ที่อยู่ 20 ม. 1 ต. กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 27 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2484 (อายุ 80 ปี)	วินิจฉัย : ADL=7, TAI=BS ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,500 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ชื่อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นายพิเชษฐ์ ดินทอง.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (.....พจนานวณวิชาชีพ ชำนาญการ.....)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวเสียน เหมือนชอบ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320901003508	ที่อยู่ 55 ม. 13 ต. กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 31 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2481 (อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=BB ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,500 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/หลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตลก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทาง เดินหายใจ ภายใน 30 วัน ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท້อยุ่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพื่อสงพว เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การจัดหาสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นายพิเชษฐ์ ดินทอง.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 [.....พยวณวลวิชาวชิพ. ขั้วนบญถว.....]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหมาะจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางอี แผลมทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900615640	ที่อยู่ 21 ม.9 ต.กุดหวาย อ.ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 06 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2498 (อายุ 68 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,500 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด ปัญหาด้านความรู้/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - มีความเจ็บปวดบริเวณไหล่และหลังอก ปากแห้ง - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย ทำแผลและทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ามฤ (knee) - สมอง (Brain) - สะโพก (hip)
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	สุขภาพจิต และกิจกรรมก่อนกลายความเคียด
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลักอาหาร การทำให้รายตนเองและผู้อื่น/ผู้ดูแลตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 20 วัน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 20 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 20 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 20 วัน - พันฟูสภาวะของขอและกลามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 20 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 11 วัน - ประสานพันตบุคคลกรในพื้นที่ ภายใน 11 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 11 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 11 วัน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม 	<p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
 นายพิเชษฐ์ ดินทอง
 (.....พยานบุคคลวิชาชีพ.....ชำนาญการ.....)

ลงชื่อ.....

 (.....)

ลงชื่อ.....

 (.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 บบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางทองแดง ไชยสิทธิ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900098441	ที่อยู่ 108 ม.14 ต.กุดหวาย อ. สีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 06 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2483 (อายุ 81 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C2 ชื่อผู้ดูแลที่บ้านเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,500 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนบิสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่องปากไม่สะอาด - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ <ul style="list-style-type: none"> - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยล้าตลอดเวลา 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(บิสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) - ท้อง (stomach) - สมอง (Brain)
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/ง่ำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา <ul style="list-style-type: none"> - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 20 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 20 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 20 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 20 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน - ประสานพันบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ตัวคนเดียว อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า 	การดูแลจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นายพิษณุ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
 นายพิษณุ ดินทองผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (.....พยานบุคคลวิชาชีวะ.....)

ลงชื่อ.....
อปท.
 (.....)

ลงชื่อ.....
เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 บบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (เอตราการชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายด่วน แสงมาศ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320901004121	ที่อยู่ 1 ม.9 ต.ระแงง อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 06 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 17 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2488 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,500 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ผู้ที่ดูแลเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - สมอง (Brain) - สะโพก (hip) สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย การหลุดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อคิด/ข้อห้ามนก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 15 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 15 วัน - พันพุ่มกระดูกของข้อสะโพก เหนื่อยให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 15 วัน - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 15 วัน - การได้ช่วยหรือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 15 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 15 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - สิ่งแวดล้อมปลอดภัยสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
 นายพิเชษฐ์ ดินทอง
 (.....พยาบาลวิชาชีพ/ชำนาญการ.....)

ลงชื่อ.....

 (.....)

ลงชื่อ.....

 (.....)

.....
 (.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางยีน ดินทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900107547	ที่อยู่ 50 ม.3 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน เมษายน พ.ศ. 2489 (อายุ 75 ปี)	วินิจฉัย : ADL=B, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,500 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทาง เดินหายใจ ภายใน 30 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายอายุเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ มีรายได้ - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
นายพิเชษฐ์ ดินทองผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....พฤษภาคม ๖๖.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเก็บค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเหรียญ ยานิงค์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900109094	ที่อยู่ 75 ม.3 ต.กุดหวาย อ.ศิขรภูมิ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ) -	วันที่จัดทำ 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2492 (อายุ 72 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : Stroke [CT scan พบ Lacunar infarction] เจ็บขาซ้ายอ่อนแรง	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,500 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ)
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 15 null - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 15 null - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 15 null - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 10 null - null ภายใน 10 null ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

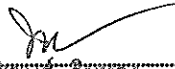
ลงชื่อ.....นายพิเชษฐ์ ดินทอง.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....แผนกเวชวิทยาชีพ ชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายหอม เข็มยา เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320901245790	ที่อยู่ 57 ม.13 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 13 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2471 (อายุ 93 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,500 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทาง เดินหายใจ ภายใน 30 วัน - ได้รับความสุขและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทิ้งอยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
นายพิเชษฐ์ ดินทอง ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....พจนานวนลวิชนวิเช.ช่วนภณณณณ.....]

ลงชื่อ.....
[.....]

ลงชื่อ.....
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเหมาจ่ายค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว แหวนเงิน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900888824	ที่อยู่ อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 10 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2484 (อายุ 80 ปี)	วินิจฉัย : ADL=B, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,500 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 30 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 3 เดือน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทิ้งอยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า 	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

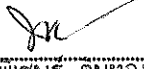
ลงชื่อ.....
นายพิเชษฐ์ ดินทอง
[.....พยาบาลวิชาชีพ-ชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....
.....
[.....]

ลงชื่อ.....
.....
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวน หมายชัย เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900095620	ที่อยู่ 48 ม.12 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 30 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 02 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2488 (อายุ 76 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,500 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การอาบน้ำ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
<ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนและการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ภายใน 30 วัน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า 	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นายพิษณุ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..........ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นายพิษณุ ดินทอง
 [.....พญาขจรวิษณุฯ-ชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายยางนิยม ทรงศรี เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900615241	ที่อยู่ 20 ม.9 ต. กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 07 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2498 (อายุ 66 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=B3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 4,500 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - ท้อง (stomach) - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - หู (ears) - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อคิด/ข้อเท็จตถ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นา - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ได้รับความช่วยเหลือและดูแลครบถ้วน ภายใน 15 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 15 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 15 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน - ประสานพันบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 10 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 5 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 5 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

นายพิเชษฐ ดินทอง

[.....พจนานุกรมวิชาชีพข้าราชการ.....]

ลงชื่อ.....อปท.

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (เอิตราการชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/บิล)

ชื่อ นางทองจันทร์ หุ่นทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900791693	ที่อยู่ 99 ม.14 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 07 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 05 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2499 (อายุ 65 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=83 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 4,500 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเข่าอก ปากแห้ง 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ให้ความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการใช้สอยพื้นที่ <p>ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ</p>
ชื่อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การหกล้มตกเตียง - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ภายใน 20 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อมภายใน 20 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 20 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 20 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้านภายใน 20 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 10 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน - ประเมินก้นตูดบุคคลในพื้นนี้ ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า 	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
 นายพิเชษฐ์ ดินทอง
 [.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....
 [.....].....อปท.

ลงชื่อ.....
 [.....].....เจ้าหน้าที่การเงิน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซเว่นค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางชลลดา ชื่นชม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 1329901792393	ที่อยู่ 8/1 ม. 1 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 27 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 10 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2555 (อายุ 9 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	- ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 30 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 30 วัน - พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 30 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 30 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 30 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นายพิเชษฐ์ ดินทอง.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....พญามวลวิษณุวิชิต ช่างฉนวนคุณ.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดแยกค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายที ดัชญาวัตร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900095140	ที่อยู่ 44 ม.14 ต.กุดหวาย อ. สีขจรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 07 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2481 (อายุ 83 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการดมกลิ่น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความสามารถในการได้ยิน อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแอ ของกำลังมือแขน ขา 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบอบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย ทำความปลอดภัยร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั้งป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - กอ (thorax) - จมูก (nose) - สะโพก (hip) สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก รมน้ำ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 20 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 20 วัน - ได้รับความปลอดภัยและครบถ้วน ภายใน 20 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 20 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 10 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 10 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง 	การดูแลช่วยเหลือนด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... นายพิเชษฐ์ ดินทอง..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

(..... พยาบาลวิชาชีพชั้นสูง.....)

ลงชื่อ..... อปท.

(.....)

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน

(.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 บบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเมต ชื่นชม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900782147	ที่อยู่ 20/2 ม.12 ต.ภคทวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 10 เดือน กันยายน พ.ศ. 2493 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนลำบาก - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือก ปากแห้ง - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ช่องปากไม่สะอาด - ความสามารถในการได้ยิน 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - ตา (eye) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ฆมน้ำ - การพลัดตกหกล้ม 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 20 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 20 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 20 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 20 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 20 วัน - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 20 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 20 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ หานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 20 วัน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ซักร่างเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายอายุเฉลี่ยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า 	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
 นายพิเชษฐ์ ดินทอง
 [.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....

 [.....]

ลงชื่อ.....

 [.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเฉลี่ยค่าบริการ เหน่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายประดับ ชื่นชม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900630169	ที่อยู่ 29 ม.12 ต. กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 10 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2518 (อายุ 46 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) - บริการพิเศษอื่นๆ - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 20 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 20 วัน - พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 10 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 10 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 10 วัน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ท้ายอายุเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ 	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
นายพิเชษฐ์ ดินทอง
[.....พยาบาลวิชาชีพ-ชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....
.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....
.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว โสเล็ก เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900097231	ที่อยู่ อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 27 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 20 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2485 (อายุ 79 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=BB ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,000 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนบิสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(บิสสาวะ)
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 30 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 20 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 5 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำ ตัวเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า 	การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

นายพิเชษฐ์ ดินทอง

[.....พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....อปท.

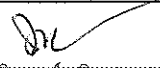
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเคสค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาวสมพงษ์ ชื่นชม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900791928	ที่อยู่ อ. สีขจรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 07 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 08 เดือน มกราคม พ.ศ. 2494 (อายุ 70 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C2 ชื่อผู้ดูแลภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,500 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - ช่องปากไม่สะอาด - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - ามูก (gastro) - ช่องปาก (oral) - สะโพก (hip) สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด <ul style="list-style-type: none"> - หน้าอก (chest) และหัวใจ (heart) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การดำรงกิจกรรพบางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรื้อถอนหกหล่น - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 20 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 70 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 20 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 20 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 20 วัน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 20 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 10 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทืออยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ มีรายได้ 	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
 นายพิเชษฐ์ ดินทอง ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 (.....หน่วยงานวิชาชีพ.....)

ลงชื่อ.....
อปท.

ลงชื่อ.....
เจ้าหน้าที่การเงิน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ขอบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเคาะบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางบัวเรียน ระวังชนม์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900789583	ที่อยู่ 37/1ม 14 ต.กุดหวาย อ.ศิขรภูมิ จ.สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 06 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2476 (อายุ 88 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,500 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและเหงือก ปากแห้ง - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ซ่อมปาก (oral) - ท้อง (stomach) - สะโพก (hip) สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย การเห็ดดอกทกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 19 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 19 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 19 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 19 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 19 วัน - พันธุกรรมของข้อและสะโพกเนื้อให้ส่งสมการแพทย์ ขึ้น ภายใน 19 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้ายอายุเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ต้องใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความบันเทิงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
 นายพิเชษฐ์ ดินทอง
 (.....
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....)

ลงชื่อ.....

 (.....)

ลงชื่อ.....

 (.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางทา อินทร์งาม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900176409	ที่อยู่ 49 ม.12 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 07 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2499 (อายุ 65 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,500 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - ท้อง (stomach) - สมอง (Brain) - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
ชื่อควรระวังในการให้บริการ - การพลัดตกหกล้ม - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพทย์ - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 20 วัน - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 20 วัน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 20 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 15 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 15 วัน - พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 15 วัน - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 15 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 15 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นายพิเชษฐ์ ดินทอง
 (.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าบริการ ค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางสาว แหวนเงิน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900888883	ที่อยู่ 82 ม.12 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 04 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2523 (อายุ 41 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C4 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,500 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - มีความเจ็บปวดบริเวณพื่นและเหงือก ปากแห้ง - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
<ul style="list-style-type: none"> - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก รมน้ำ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 20 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 20 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 20 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 20 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 20 วัน - ประสานพันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 20 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 20 วัน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น 	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเศษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
 นายพิเศษฐ์ ดินทอง
 (.....พยาบาลวิชาชีพ/ชำนาญการ.....)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหมาะจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางพด อินทรสอน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900792525	ที่อยู่ 117 ม.14 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 08 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 08 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2478 (อายุ 88 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาะจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาะจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,500 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ช่องปากไม่สะอาด 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - หู (๓๐๖๕) - ช่องปาก (oral) - สมอง (Brain)
<p>ข้อควรระวังในการให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการรับยยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ช็อค/ช็อก/ช็อกหัวใจ - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย 	<p>เป้าหมายการดูแล</p> <p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 10 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม <p>ภายใน 10 วัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - รับประทานยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 10 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 10 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน <p>ภายใน 10 วัน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ฟันสุขภาพของช่องซี่และเส้าเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 10 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน - ประเมินพันธุบุคคลสารในพื้นที่ ภายใน 10 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ซึ่ถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ทิ้งยาอายุเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า 	<p>สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
นายพิเชษฐ ดินทอง
[.....พยายาลคลินิกชีวิต-เชียงใหม่.....]

ลงชื่อ.....
.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....
.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราค่าดูแลค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นายต่อย กลิ่นทะเล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900790883	ที่อยู่ 73 ม.14 ต.กุดหวาย อ. สีขจรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 07 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 24 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2506 (อายุ 58 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,500 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การทราบรายได้และกองทุนในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานอาหารผิด/หลงข้างเนื่องจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น ได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น และครบถ้วน ภายใน 15 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 15 วัน - สามารถไปกัมกับครอบครัว เพื่อนบ้าน ภายใน 15 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 15 วัน - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 15 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 15 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - กายสามารถกลืนผู้ไปมาได้ต่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นายพิเชษฐ์ ดินทอง
 [.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เอ็ดตราการชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี

ชื่อ นางอำพร ทองงาม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900961882	ที่อยู่ 124/1 ม.14 ต.กุดหวาย อ. สีขจรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 07 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2499 (อายุ 65 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C2 ชื่อผู้ดูแลที่บ้านเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,500 บาท	- ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - จมูก (nose) - ช่องปาก (oral) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก รมน้ำ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 15 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 15 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 15 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 15 วัน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 15 วัน - ประสานพันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 10 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ก็จะตนเอง อาบน้ำ ตัวเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ มีรายได้	การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
 นายพิเชษฐ์ ดินทอง
 (.....
 หน่วยงานวิชาชีพ ช่างนาฏการ.....)

ลงชื่อ.....
อปท.
 (.....)

ลงชื่อ.....
 (.....)
 เจ้าหน้าที่การเงิน

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางไมล์ ชื่นชม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900096839	ที่อยู่ 69 ม.1 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2493 (อายุ 71 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,500 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - ท้อง (stomach) - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ชื่อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การผลิตตกหล่น - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 15 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 15 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 15 วัน - ฟื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 10 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท้อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
นายพิเชษฐ์ ดินทอง
[.....พยาบาลวิชาชีพ/ชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....
.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

.....

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเหมาจ่ายค่าบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางปาน พรหมมาศ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900096057	ที่อยู่ 61 ม.1 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 08 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2487 (อายุ 77 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,500 บาท	- กลืนปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - ท้อง (stomach) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ	ระยะสั้น - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 20 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 20 วัน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 20 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำ เองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 11 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
 นายพิเชษฐ์ ดินทอง
 (.....)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายชวน ชื่นชม เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900630444	ที่อยู่ 6 ม.12 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 12 เดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2492 (อายุ 72 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,500 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ช่องปากไม่สะอาด 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ - การเคลื่อนย้าย <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) - จมูก (nose) - สมอง (Brain) - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - อวัยวะสืบพันธุ์ (Genital organs) <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ข้อติด/ข้อเท้าตก อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ ฟ้าผ่า รั่วไหลของแก๊ส - การหลงทาง 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดการคิดฆ่าตัว ภายใน 15 วัน - รับประทานและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 15 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 15 วัน - ฟันฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 15 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 15 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 15 วัน - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 15 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ ภายใน 15 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 15 วัน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - มีอาชีพ มีรายได้ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า 	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... นายพิเชษฐ์ ดินทอง ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ..... อปท.

[.....พยาบาลวิชาชีพ/ช่างเทคนิค.....]

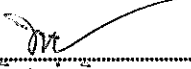
[.....]

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นายพา แหวนเงิน เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5320901081459	ที่อยู่ 114 ม.12 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2483 (อายุ 81 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,500 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - ท้อง (stomach) - สมอง (Brain) - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 20 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนบ้าน ภายใน 20 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 20 วัน - ประเมินและวัดการเดิน ภายใน 20 วัน - ประสานพันบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 20 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - มีอาชีพ มีรายได้ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ 	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..........ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นายพิเชษฐ ดินทอง
 (.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....)

ลงชื่อ.....อปท.
 (.....)

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 (.....)

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการชดเชยค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางจันทน์ หุ่นทอง เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900162971	ที่อยู่ 8 ม.2 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 28 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 30 เดือน กันยายน พ.ศ. 2489 (อายุ 75 ปี)	วินิจฉัย : ADL=10, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,500 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่องปากไม่สะอาด - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - ตา (eyes) - ท้อง (stomach) - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
- การกินอาหาร/สลักอาหาร - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 30 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 20 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 15 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 15 วัน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 15 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน - ประสานพันบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำ ตัวเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน ระยะยาว - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเศษร์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....
นายพิเศษร์ ดินทอง ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....พยานาถวิษวชิษฐ์ ขังนวนวนาร.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเขตค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางแอศ ภาคศิริ เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320901003168	ที่อยู่ 19/1 ม 9 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 06 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 09 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2494 (อายุ 70 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็นจำนวนเงิน 5,500 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านกรรมกรรทำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ 	การดูแลพยาบาลทั่วไป <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การช่วยในระบอบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ให้ความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ <ul style="list-style-type: none"> - ช่องปาก (oral) - ท้อง (stomach) - สมอง (Brain) - สะโพก (hip) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
ข้อควรระวังในการให้บริการ <ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - การงัดกลตกลดั่ง - ข้อคิด/ข้อเท็จจริง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ดมหม้อ 	เป้าหมายการดูแล ระยะสั้น <ul style="list-style-type: none"> - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 10 วัน - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 10 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 10 วัน - อาการหลงลืมดีขึ้น ภายใน 10 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน - การไต่รับช่วยเหลือตนเอง ยกยวบกรรณ ภายใน 10 วัน - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน ระยะยาว <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ช้อนถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ 	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม <ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 นายพิเชษฐ์ ดินทอง
 [.....พญาขจรราชชีพ-ชำนาญการ.....]

ลงชื่อ.....อปท.
 [.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 [.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง [อัตราการจัดเขยคาบริการ เหมาจ่าย/ราย/ปี]

ชื่อ นางจันทร์ ทองโคตร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900790565	ที่อยู่ 56 ม.14 ต.กุดหวาย อ. สีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 06 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 08 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2488 (อายุ 78 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :-	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,500 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนบิสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต ไม่สามารถอาบน้ำเองได้ - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง - ช่องปากไม่สะอาด - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ <p>ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ</p>	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(บิสสาวะ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย <p>เฝ้าระวังและสังเกตร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ามูก (globe) - ช่องปาก (oral) - ท้อง (stomach) - สมอง (Brain) - สะโพก (hip) <p>- สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด</p> <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การหารายได้และความเป็นอยู่ที่ดีในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/สลักอาหาร - การทำรายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การหนีตกหล่น - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา <p>การดูแลทาง:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้ดูแลถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 20 วัน - ได้รับยาและอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 20 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 20 วัน - ฟันฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 20 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน - ประสานพันตบุคคลากรในพื้นที่ ภายใน 10 วัน - การได้รับช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง ฉาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ มรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานา 	
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นายพิเชษฐ์ ดินทอง.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[.....พจนานุกรมวิชาการ.....]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
งบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเซค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางชนิสรุช นิลยกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน 2320900027278	ที่อยู่ 16 ม.13 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 04 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2512 (อายุ 52 ปี)	วินิจฉัย : ADL=11, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,500 บาท	- กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่ หลับ - มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ การดูแลพยาบาลเฉพาะ - ช่องปาก (oral) - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	
- การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าและสมองเสื่อม ภายใน 20 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 20 วัน - ได้รับความรู้และอาหารถูกต้องและครบถ้วน ภายใน 20 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 20 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ท่ออยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ.....นายพิเชษฐ์ ดินทอง.....ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
[.....พยานวลวิฑูรย์ วัฒนวณูการ.....]

ลงชื่อ.....อปท.
[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
[.....]

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 งบประมาณสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราการจัดเตียงค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางเตือ สมรูป เลขบัตรประจำตัวประชาชน 3320900785162	ที่อยู่ 24/2 ม.13 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 03 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2474 (อายุ 90 ปี)	วินิจฉัย : ADL=8, TAI=C3 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหม่าจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหม่าจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,500 บาท	- กลั้นปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ - ความสามารถในการได้ยิน - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย	การดูแลพยาบาลทั่วไป - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การเคลื่อนย้าย - โภชนาการ - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลพยาบาลเฉพาะ
- การกินอาหาร/สาลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การหลงทาง - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ ยา/การแพ้ยา - ข้อติด/ข้อเท้าตก - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ	ระยะสั้น - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 10 วัน - ไปพบแพทย์ตามนัด ภายใน 10 วัน - อาการหลังล้มดีขึ้น ภายใน 10 วัน - ฟันฟุสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดี ขึ้น ภายใน 10 วัน - ประเทิมและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบ น้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน ระยะยาว - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - มีอาชีพ มีรายได้ - เดินได้โดยไม่ใช่อุปกรณ์ - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น ไม่เกิดแผลกดทับ	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้าน ให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... นายพิเชษฐ์ ดินทอง..... ผู้ปฏิบัติงาน (CM)
 ([..... พยจบลลจวิชวชีพ.ชำนาญการ.....])

ลงชื่อ.....อปท.
 ([.....])

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
 ([.....])

แผนการดูแลรายบุคคลเพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพิจารณาสนับสนุน
 ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (อัตราค่าธรรมเนียมค่าบริการ เหม่าจ่าย/ราย/ปี)

ชื่อ นางแดง อักษร เลขบัตรประจำตัวประชาชน 5320201062648	ที่อยู่ 88/1 ม.3 ต.กุดหวาย อ. ศีขรภูมิ จ. สุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์(ที่ติดต่อ)	วันที่จัดทำ 04 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2565
เกิดวันที่ 27 เดือน กันยายน พ.ศ. 2503 (อายุ 61 ปี)	วินิจฉัย : ADL=9, TAI=C2 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น . -	
สถานะสุขภาพ/งบประมาณเหมาจ่ายรายปีที่ ขอรับการสนับสนุน	ประเด็นปัญหา/ความต้องการ	การดูแล
เป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2 ขอรับการสนับสนุนงบประมาณเหมาจ่ายรายปีเป็น จำนวนเงิน 5,500 บาท	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนปัสสาวะไม่ได้ - กลืนลำบาก - ความสามารถในการมองเห็น - ความสามารถในการได้ยิน - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้ - ช่องปากไม่สะอาด - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - มีความเจ็บปวดบริเวณพื่นและเหงือก ปากแห้ง - ผู้สังเกตเห็นตลอดเวลา - ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยพยุง - ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ 	<p>การดูแลพยาบาลทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> - การช่วยในระบบขับถ่าย(อุจจาระ) - การช่วยในระบบขับถ่าย(ปัสสาวะ) - การอาบน้ำ - การเคลื่อนย้าย - ทำความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อมทั่วไป - โภชนาการ <p>การดูแลพยาบาลเฉพาะ</p> <ul style="list-style-type: none"> - คอ (throat) - ช่องปาก (oral) - ท้อง (stomach) - สะโพก (hip) - สมอง (Brain) - สุขภาพจิต และกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด - ตา (eyes)
ข้อควรระวังในการให้บริการ	เป้าหมายการดูแล	การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม
<ul style="list-style-type: none"> - การกินอาหาร/ดื่มน้ำ - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพ้ยา - การหลงทาง - ข้อติด/ข้อเท้าตก - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ 	<p>ระยะสั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่เกิดการติดเชื้อ ภายใน 10 วัน - ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ภายใน 10 วัน - พื้นฟูสภาพของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 10 วัน - สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว, เพื่อนบ้าน ภายใน 10 วัน - ประเมินและวัดการกลืน ภายใน 10 วัน - ประสานทันตบุคลากรในพื้นที่ ภายใน 10 วัน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ ขับถ่ายเองได้ ภายใน 10 วัน <p>ระยะยาว</p> <ul style="list-style-type: none"> - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้ - ถึงเวลาจากไปอย่างสงบ - มีอาชีพ มีรายได้ - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - เดินได้โดยไม่ใช้อุปกรณ์ - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดแผลกดทับ 	<p>การดูแลช่วยเหลือด้านสังคม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบริการด้านอุปกรณ์ - การรับบริการสวัสดิการทางสังคม - การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว - การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม <p>การดูแลช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ
ผู้จัดทำ Care plan นายพิเชษฐ์ ดินทอง	ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care plan นี้ (ญาติ/ผู้ป่วย)	

ลงชื่อ..... นายพิเชษฐ์ ดินทองผู้ปฏิบัติงาน (CM)

ลงชื่อ.....อปท.

[.....พยางค์.....]

[.....]

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน

[.....]